PNEUMOTHORAX(PNO) SPONTANE

Dr ADILA.F
Service de pneumologie HCA

Destiné aux étudiants de 4éme année de médecine

OBJECTIFS

- Définir un PNO spontané
- Comprendre les mécanismes physiopathologiques
- Rechercher les facteurs de risque
- Etablir un diagnostic positif
- Rechercher les signes de gravité
- Traiter et prévenir un PNO spontané

PLAN

- Définition
- Intérêt de la question
- Physiopathologie
- Facteurs de risque
- Diagnostic positif
- Diagnostic différentiel
- Diagnostic de gravité
- Traitement
- Evolution
- Conclusion

I. Définition

La présence anormale d'air dans l'espace pleural

Spontané : ***l'inverse*** *du PNO* ***provoqué « traumatique ou iatrogène »*** *:*

- ***Primaire (ou idiopathique):*** Survient sur un poumon sain; chez un sujet jeune ; la plupart du temps bénin et en général lié à la rupture de blebs .

- ***Secondaire:*** Survient sur un poumon malade; chez un sujet de plus de 50 ans ; moins bien toléré que le PNO spontané primaire .

Intérêt de la question

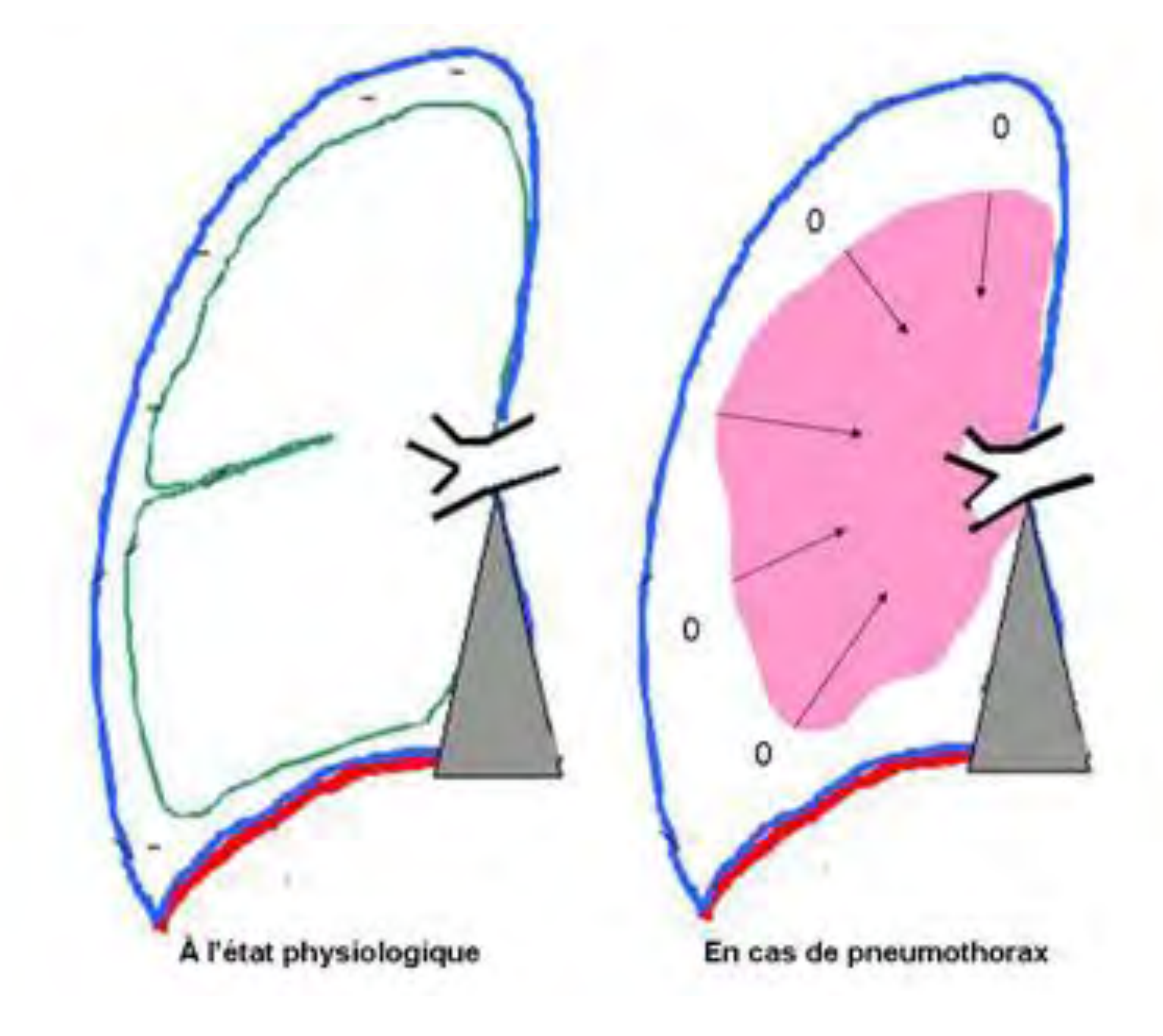
- **Fréquence** : C'est un motif fréquent de consultation en urgence
- **Diagnostic** : radiologique
- **Thérapeutique** : nécessité de la connaissance et de la maitrise des techniques , en plus de la disponibilité des moyens
- **Pronostic** : urgence vitale dans les formes graves de PNO

  A distance: Risque de récidive élevé
- **Professionnel** : certains métiers à risque : personnel navigant

Physiopathologie

- **PNO spontané primaire:**
  - Fuite aérienne: Rupture des « blebs » ou hyper porosité pleurale localisée
  - Inflammation des petites voies aériennes: tabac +++

- **PNO spontané secondaire:** en plus on note :
  - Nécrose du parenchyme pulmonaire d'origine infectieuses (tuberculose , staphylocoque…) et non infectieuse(cancer bronchique, pneumopathies infiltratives diffuses ….)
  - Barotraumatisme pour les malades intubés de la réanimation


0
0
0
0
À l'état physiologique
En cas de pneumothorax

Facteurs de risque

- Le sexe masculin
- Le tabagisme: dose dépendant , il multiplié le risque par 9 chez la femme et par 22 chez l'homme
- Morphotype longiligne
- Grandes variations de pression atmosphérique (orages, personnels navigants , musique TECHNO)
- Facteurs génétiques parfois évoqués.

NB: Efforts physiques et efforts à glotte fermée = **NON**

voyage aérien , même prolongé = **NON** « il provoque pas mais il aggrave un PNO pré existant »

Diagnostic positif

1.clinique

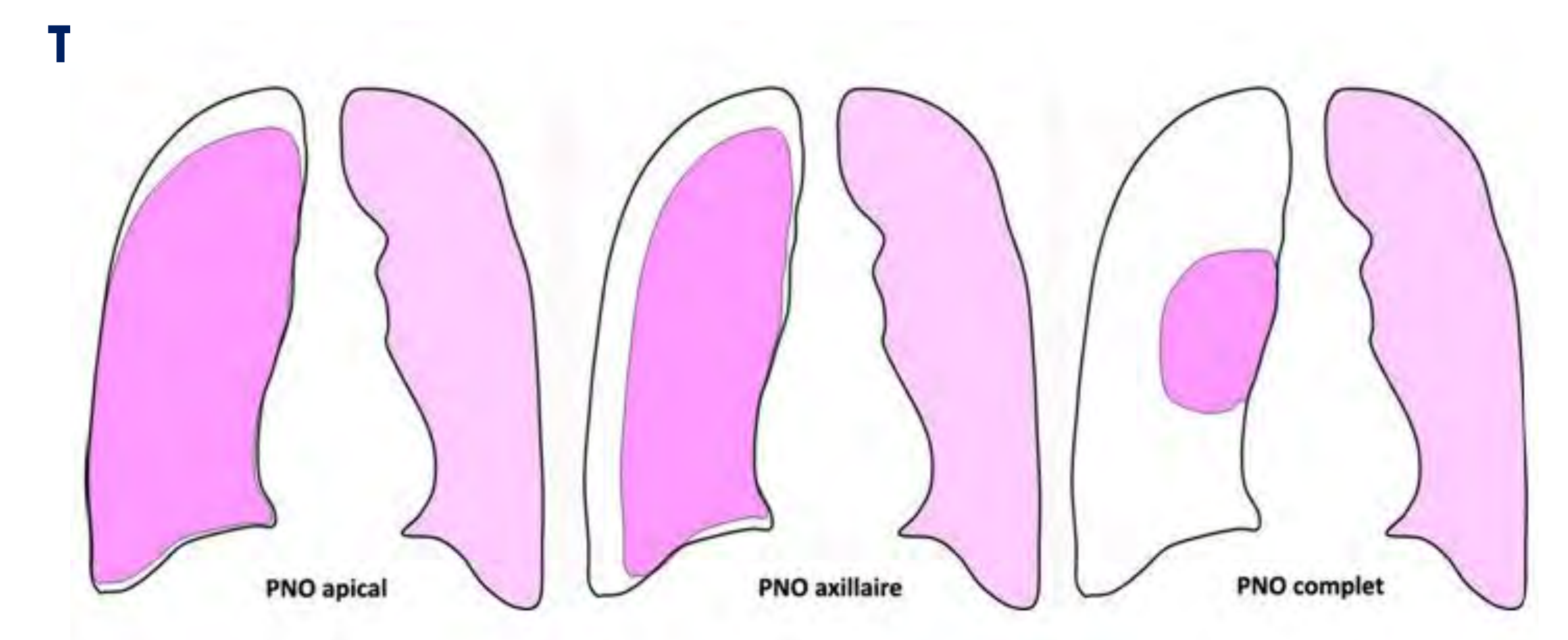
Signes fonctionnels	Signes physiques	Signes de gravité
▪ Douleur thoracique - brutale, homolatérale, latérothoracique ou postérieure - rythmée par la respiration (↗ à la toux) - survenant presque toujours au repos - s'estompe souvent rapidement ▪ Dyspnée d'intensité variable, inconstante ▪ Toux sèche irritative ▪ Aucun symptôme	▪ Hémithorax normal ou distendu et moins mobile ▪ Diminution du murmure vésiculaire ▪ Abolition de vibrations vocales ▪ Tympanisme à la percusssion ▪ Orientation étiologique (traumatisme)	▪ Dyspnée ▪ Polypnée ≥ 25/min ▪ Cyanose ▪ Malaise ▪ Hypotension ▪ Tachycardie 120/min ▪ Bradycardie ≤ 60/min ▪ PNO bilatéral

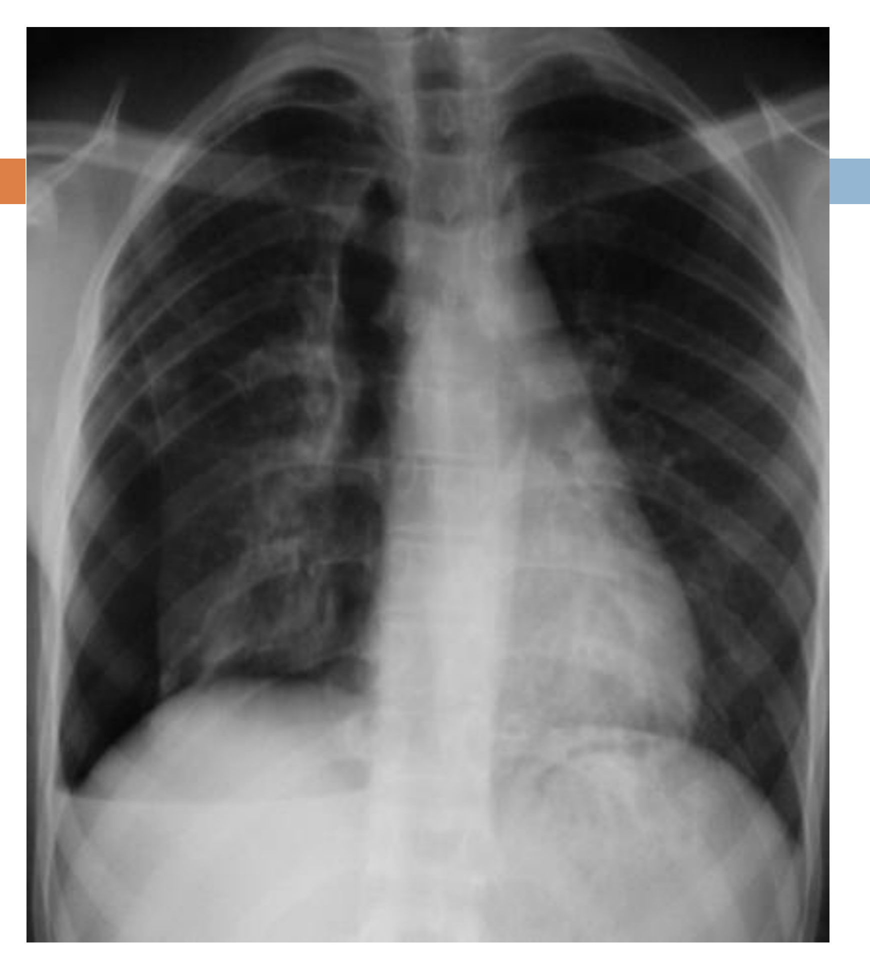
2. Les examens para cliniques:

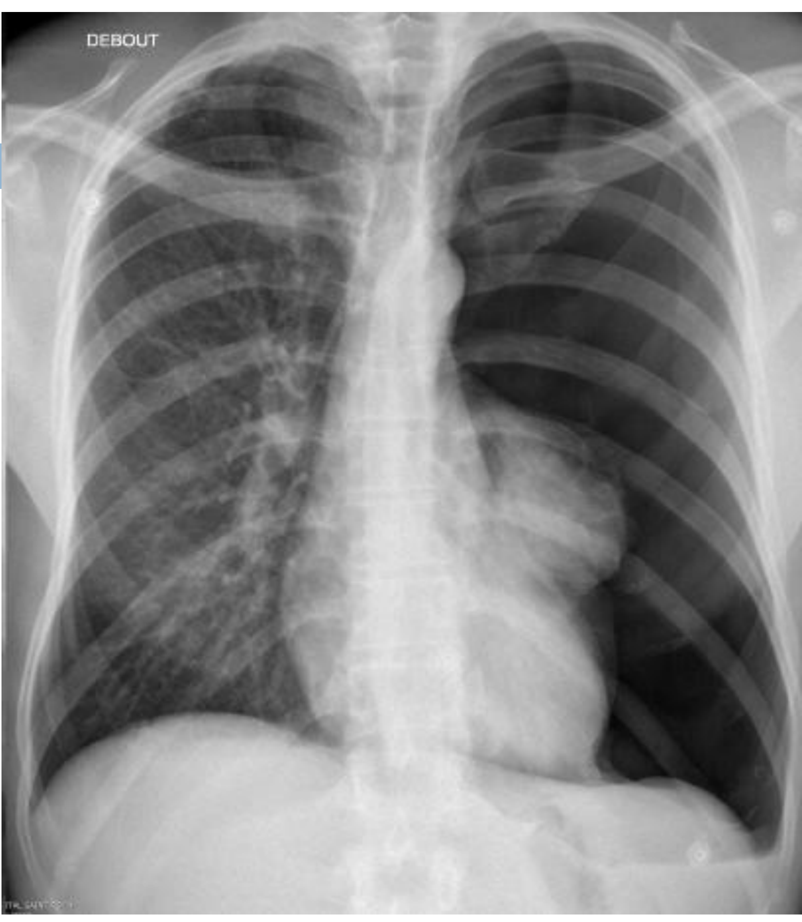
Téléthorax en inspiration profonde (mais jamais en expiration): diagnostic de certitude en objectivant une hyper clarté avasculaire

Echographie thoracique : au lit du malade fait le diagnostic

T







On recherche l'hyper clarté avasculaire avec sa limite interne ;
les signe de distension et de refoulement
et les lésions pulmonaires sous jacentes

Diagnostic de gravité

- La définition de PNO grave est **clinique** ++++ : PNO avec dyspnée sévère et/ou hypotension artérielle , quelle que soit l'importance du décollement pleural**++++**

  donc la déviation du médiastin n'est pas en elle même un signe de gravité.

1. **pneumothorax compressif « suffocant »:** secondaire à une fistule à soupape
2. **pneumothorax sur une pathologie respiratoire préexistante** (IRC notamment)
3. **pneumothorax bilatéral exceptionnellement .**

Diagnostic différentiel

- Douleur thoracique aigue: embolie pulmonaire, infarctus du myocarde , dissection aortique ……………..

- Dyspnée aigue : crise d'asthme , œdème aigue du poumon , exacerbation de BPCO………………..

- Radiologique : une volumineuse bulle d'emphysème

  avec un examen physique et un téléthorax identique : intérêt de la **TDM thoracique** +++++

Traitement

But :

- évacuer l'air
- Sauver le malade (PNO grave)
- prévenir les récidives

Moyens et indications :

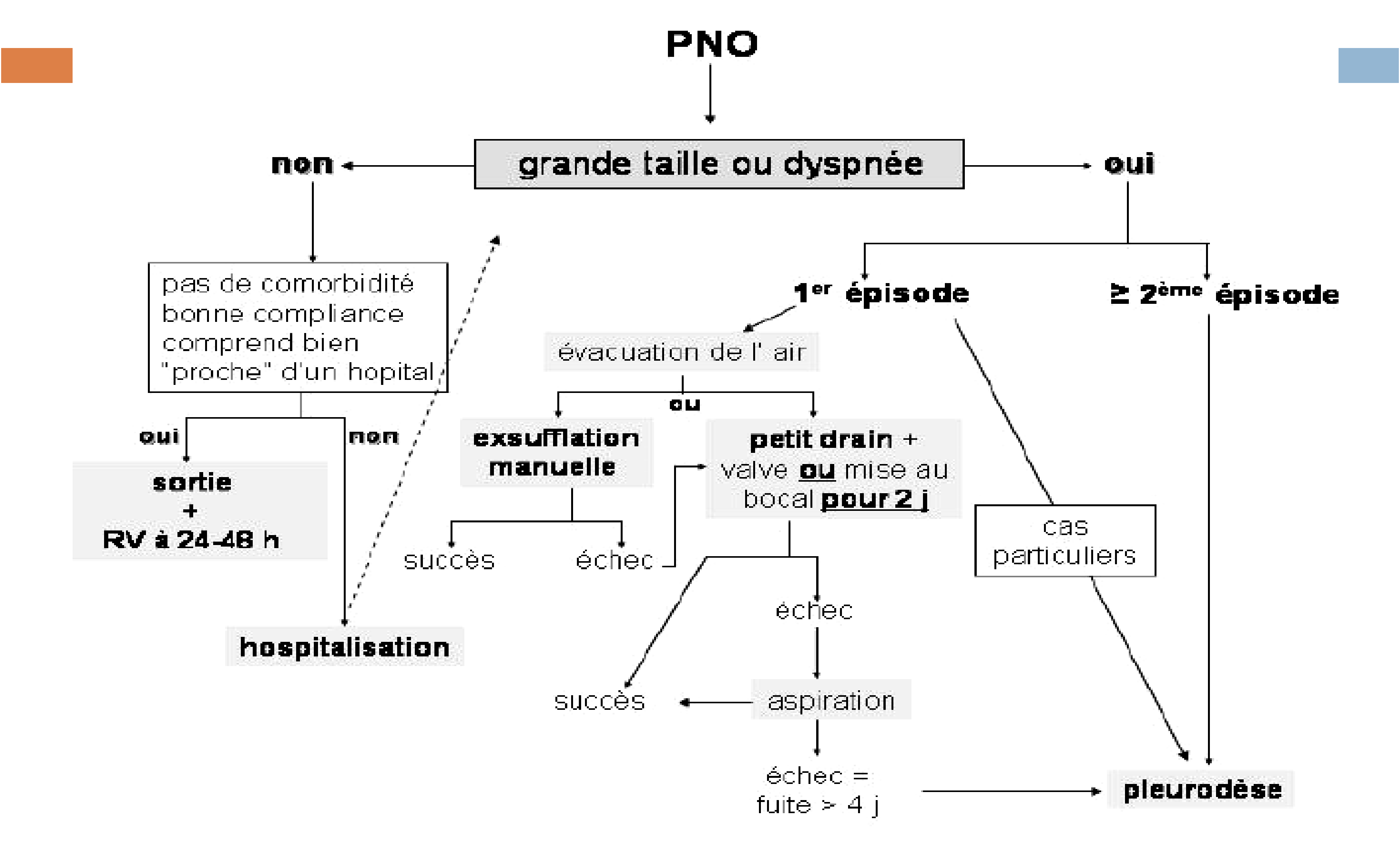
- **Abstention thérapeutique :** les PNO spontanés partiels avec un décollement axillaire inferieur à 2 cm, peu ou pas symptomatiques (absence de dyspnée)
- **O2:** en hospitalisation et avec des débits élevés « plus de 10L » , il multiplie le taux de résorption par 4

- **Exsufflation à l'aiguille:** PNO total ou PNO partiel avec un décollement axillaire supérieur ou = à 2cm .

- **Drainage thoracique**: après échec de l'exsufflation ou d'emblée en cas de PNO grave ou hydro PNO .

- **Pleurodèse(chimique ou mécanique):**
échec de drainage (PNO chronique) , 1ére récidive homolatérale, 1ére épisode controlatéral ou d'emblée chez le personnel navigant (pilote++++)

La conduite à tenir



Évolution « risque de récidive »

- Après un 1er épisode de **PNO spontané primaire**, le taux de récidive homolatérale est de l'ordre de **30 %,**
- 66% des récidives surviennent dans les deux 1ères années,
- risque atteignant **62%** au 2ème épisode de PNO et **83%** au 3ème
- la taille du PNO et son traitement initial n'influence pas la récidive
- la présence de bulles ou de blebs (homo ou controlatérales) au scanner n'a aucune utilité pour prédire le risque de récidive homo ou controlatérale
- Dans les **PNO spontanés secondaires** le risque de récidive est encore plus élevé : **40 à 80%.**

Conclusion

- Le PNO spontané est une affection souvent bénigne
- Il est soit primaire ou secondaire
- Le diagnostic est suspecté cliniquement et confirmé radiologiquement
- La recherche des formes dites graves est primordiale car le pronostic vital est parfois engagé ,nécessitant une prise en charge immédiate
- Le traitement dépend de l'abondance de l'épanchement aérien mais aussi de la tolérance clinique
- Il repose sur l'évacuation de l'air de la cavité pleurale soit par des moyens médicaux ou chirurgicaux
- Le pronostic dépend du risque des récidives ultérieures
- L'arret du tabac doit être systématiquement envisagé